

*Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali*

**Domanda per l'accesso ai Servizi temporanei e territoriali (attività ricreative, sociali e culturali)**

- Colonia Marina;**  
 **Centro ricreativo estivo**

**Il/La Destinatario/a**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Residente in \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ , fax \_\_\_\_\_ , e-mail: \_\_\_\_\_

**Il/La Richiedente**

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Residente in \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ , fax \_\_\_\_\_ , e-mail: \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (ove possibile contrassegnare con una X):

Tipologia di famiglia:

- famiglia monoparentale;  
 famiglia biparentale;

n. \_\_\_\_ soggetti con disabilità certificata presenti nel nucleo familiare;

n. \_\_\_\_ minori o nascituro presenti nel nucleo familiare;

Occupazione del padre e della madre

**Padre:**

- occupato;  
 disoccupato;

**Madre**

- occupata;  
 disoccupata.

Dichiara, infine, di essere informato del fatto che:

Il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03;

Le procedure di erogazione dei Servizi potrebbero subire delle modifiche, laddove sia formalizzato il procedimento di accreditamento;

**Allega**, alla presente domanda (**contrassegnarli con una X**):

- attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;  
 fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;  
 certificato medico, laddove previsto;  
 \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ ;  
 \_\_\_\_\_ .

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_/ \_\_/ \_\_\_\_ .

\*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Destinatario

Firma del Segnalante